

支給 決定 決議 書	総額	円	決裁年月日	年月日		
	本人負担	円	常務理事	事務長	担当者	担当者
	健保負担	円				
	支払年月日	令和 年 月 日				

## 健康保険 主婦検診補助金申請書(被扶養者)

日本製紙健康保険組合 御中 申込年月日 令和4年10月1日

被保険者	被保険者証の記号・番号	111 - 99999	被保険者の氏名・印	フリガナ ニッポン タロウ 日本 太郎
	被保険者の勤務する事業所	名称	日本製紙株式会社	
		所在地	東京都千代田区神田駿河台4-6	
		所属	●●●●●	電話番号 000-000-0000

受診者	氏名	フリガナ ニッポン ハナコ 日本 花子	続柄	妻	
	生年月日	昭・平 ●●年 ●月 ●日 ( ●●歳)	電話番号	000-000-0000	
	医療機関	名称	日本病院		
		所在地	東京都●●●●●1-1-1		
	受診日	7月8日(金)	費用総額	17,500 円	
	検診項目 (受診項目に○印)	○ 身長・体重・視力・聴力・血圧・尿 ○ 腹囲(40歳以上) ○ 胸部X線間接撮影 ○ 血液検査 ○ 心電図(安静時12誘導)	胃部X線間接撮影(35歳以上) ABC健診(5歳刻み。下一桁が0か5の歳) 便潜血検査(2回法) 乳がん検診(マンモ又はエコー) 子宮頸がん検診(細胞採取)	いすれか	
振込先 (退職者のみ記載)	銀行	支店	普・当	口座番号 フリガナ 名義	
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 被保険者 住所 ●●●●●●●1-2-3 (申請者) 氏名 日本 太郎 代理人 所在地 (事業主) 名称				令和4年10月1日

### 注意事項)

- ・健保補助額の上限 35歳未満の配偶者…15,000円 35歳以上の配偶者…25,000円
- ・必ず領収証(原紙)を添付してください。領収証の内訳には、受けた検診項目が明記されていること。
- ・健康保険の適用となる検査項目または医療行為を受診した場合は、申請対象外。
- ・事業所で実施している主婦健診に参加された方は、申請対象外。
- ・人間ドック、特定健康診査の補助金を申請された方は、申請対象外。
- ・健診案内冊子(ハピルス健診サイト)で受診された方は申請対象外。その上で受診してください。

受付印